

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**

**Especialização em Saúde da Família**

**Modalidade a Distância**

**Turma 8**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários Hipertensos e/ou Diabéticos da  
UBS Central em Rodeio Bonito/RS**

**Eliecer Pérez Moya**

**Pelotas, 2015**

**Eliecer Pérez Moya**

**Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários Hipertensos e/ou Diabéticos da  
UBS Central em Rodeio Bonito/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Saúde da  
Família EaD da Universidade Federal de  
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta  
do SUS, como requisito parcial à obtenção do  
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Danielle Vasconcellos de Paula Costa

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação**

M938m Moya, Eliecer Perez

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários Hipertensos e/ou Diabéticos da UBS Central Em Rodeio Bonito/RS / Eliecer Perez Moya; Danielle Vasconcellos De Paula Costa, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

59 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Costa, Danielle Vasconcellos De Paula, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Eliecer Perez Moya. **Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários Hipertensos e/ou Diabéticos da UBS Central em Rodeio Bonito/RS.** 2015. 58f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Ano 2015

### **Resumo**

A hipertensão arterial e a diabetes mellitus são duas doenças crônicas não transmissíveis muito comuns na população mundial, causas de múltiplas mortes e deficiências a cada ano. Para o controle dessas doenças é preciso adotar um adequado tratamento medicamentoso, evitar o sedentarismo, não fumar, ter uma alimentação saudável, entre outros hábitos saudáveis, dessa forma, é possível ter qualidade de vida mesmo convivendo com essas doenças. A população do município de Rodeio Bonito também sofre com essas doenças, e por isso o objetivo da intervenção será a melhoria da atenção à saúde de hipertensos e diabéticos. Temos uma população de 913 hipertensos e 225 diabéticos da Unidade Básica de Saúde (UBS) no Município de Rodeio Bonito no Rio Grande do Sul. Para alcançar os objetivos propostos na intervenção foram realizadas ações nos quatro eixos pedagógicos do curso organizadas em monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica, foi realizada em um período de 12 semanas, desde fevereiro até junho do ano 2015. Com a intervenção atingimos melhorias na qualidade dos atendimentos e melhor organização do serviço. Foram acompanhados 276 hipertensos e 57 diabéticos (população alvo do projeto) para um 100 %, todos com exames complementares em dia, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, com registro adequado na ficha de acompanhamento, dentre outros indicadores que refletem a qualidade do atendimento. A comunidade se mostrou satisfeita com o atendimento oferecido, colaborando com as ações. Foi atingida a cobertura planejada. Diante dos resultados positivos alcançados na intervenção toda a equipe se compromete a incorporar as ações da intervenção na rotina diária do serviço.

**Palavras-Chave:** Saúde da família; Atenção Primária à Saúde; Saúde da família; Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus.

## **Lista de Figuras**

Figura 1	Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde	32
Figura 2	Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.	32
Figura 3	Gráfico indicativo da prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia priorizada	33
Figura 4	Gráfico indicativo da prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia priorizada	34

### **Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos**

ACS	Agente comunitário da Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Equipe de Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde.
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
DM	Diabetes Mellitus
MS	Ministério da Saúde
CAP	Caderno de Ação Programática
USF	Unidade de Saúde da Família

## Sumário

Apresentação .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
<b>1 Análise Situacional .....</b>	<b>10</b>
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	10
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	16
<b>2 Análise Estratégica.....</b>	<b>17</b>
2.1 Justificativa.....	17
2.2 Objetivos e metas.....	19
2.2.1 Objetivo geral .....	19
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	19
2.3 Metodologia .....	21
2.3.1 Detalhamento das ações .....	21
2.3.2 Indicadores .....	27
2.3.3 Logística .....	33
2.3.4 Cronograma.....	36
<b>3 Relatório da Intervenção .....</b>	<b>37</b>
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	37
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	38
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	38
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	38
<b>4 Avaliação da intervenção .....</b>	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
4.1 Resultados .....	40
4.2 Discussão .....	46
4.3Relatório da intervenção para gestores .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
4.4Relatório da Intervenção para a comunidade.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
<b>5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem</b>	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
<b>Referências.....</b>	<b>Erro!</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>54</b>
Anexo A. Documento de comitê de	
ética.....	53
Anexo B. Planilha de coleta de	
dados.....	54
Anexo C. Ficha	
espelho.....	56

Anexo D. Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias.....	58
---	----



Dedico este trabalho ao meus filhos e minha família  
e meus amigos que tanto me apoiam e dão forças  
neste momento.

## **Agradecimentos**

Agradeço a todas aquelas pessoas que sempre me compreendem e entendem as horas que fiquei neste trabalho.

## **Apresentação**

Este trabalho trata sobre uma intervenção na Unidade de Saúde do Município Rodeio Bonito aos usuários com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). O leitor encontrará no volume uma breve descrição sobre a unidade de saúde e suas características, o número de usuários que fazem parte da população alvo, a composição da equipe de saúde, um cronograma de trabalho, as tabelas com os indicadores de cada ação programática, algumas fotos sobre a intervenção nas vistas feitas e a importância deste trabalho para esta população toda e a equipe de trabalho.

O volume está organizado em cinco seções de trabalho. Na primeira a análise situacional, na segunda é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade dois. A terceira apresenta o relatório da intervenção realizada, na quarta a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade quatro. Na quinta e última seção a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos utilizados durante a realização deste trabalho. O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês de julho de 2014, quando foram postadas as primeiras tarefas; sua finalização ocorreu no mês de agosto de 2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

## **1      Análise Situacional**

### **1.1    Texto inicial sobre a situação da ESF/APS**

Trabalho na UBS Rodeio Bonito, localizada no município do mesmo nome, numa área semi-urbana, a qual está equipada com uma farmácia, cozinha, lavanderia, auditório, o escritório do secretário de saúde do município, sala de vacinas, sala de coleta, do preventivo, de curativos, sala de enfermaria, três consultórios médicos com uma pediatra e dois médicos gerais integrais na atenção à família, dois consultórios odontológicos com dois dentistas. Todos os consultórios têm total privacidade, uma recepção onde são recebidos os usuários todos os dias, aos adultos mede-se a pressão arterial, a temperatura e o peso corporal, e às crianças somente temperatura e peso corporal, e desde ali são distribuídos pelas consultas, e são encaminhados para a sala de espera, que é confortável. Também conta com outro consultório num interior do município, onde trabalham outra dentista, e outro local de farmácia também, para lhes dar os medicamentos necessários aos usuários, e um consultório de medicina em que atende um médico diferente a cada dia, de forma que a população não fique sem ser atendida. A unidade básica conta com o apoio duas psicólogas e uma nutricionista, que oferecem atendimento aos usuários todos os dias, um educador físico que atende três vezes por semana, uma terapeuta ocupacional que atende três vezes por semana e uma fonoaudióloga que atende duas vezes na semana. Nós, os médicos temos somente duas equipes de saúde, onde oferecemos consultas todos os dias, exceto um dia em que realizamos visitas domiciliares. Contamos também com 14 agentes de saúde que trabalham nas comunidades atendendo vários problemas da população, e quatro motoristas que transportam usuários todos os dias para consultas especializadas em outros municípios. Existem duas equipes de saúde da

família completas e será implantada a terceira. A unidade de saúde conta com 87 pessoas capacitadas, para dar solução aos problemas que aflige a população.

Esta nova estrutura, a implantação das Equipes de Saúde da Família e o programa Mais Médicos, muito diferente da antiga, é de fato melhor, conseguiu diminuir a morbimortalidade de muitas doenças em todo o Brasil. Antes, muitos usuários não eram atendidos e até morriam por não ter acesso aos serviços de saúde, como por exemplo doenças parasitárias, simplesmente por não ter dinheiro para pagar uma consulta privada.

Este novo modelo, dá a oportunidade a todos, sejam ricos ou pobres, de ter direito a todos os serviços gratuitamente e com qualidade, com uma atenção multidisciplinar. A realização de exames também é facilitada, por ser próximo da comunidade e não demorar a entrega dos resultados.

As equipes de saúde saem todos os dias para visitar aqueles usuários que por algum motivo não podem ir às consultas, ali são orientados, se necessitarem algum tratamento é prescrito, se necessitarem de algum curativo lhes faz ali mesmo. Repito, se ganhou muito, mas falta muito caminho por percorrer e conseguir oferecer atenção totalmente integral e de qualidade aos pacientes, é possível resolver seus problemas de saúde sem a necessidade de recorrerem a uma instituição privada, e quando permitido os usuários realizam os tratamentos de saúde em casa e não internados em hospitais. Além disso, os atendimentos são sempre realizados com carinho e um sorriso a esse paciente necessitado que vai a nossos serviços porque tem uma doença que não lhe permite um bom equilíbrio físico-mental e social. Ressalto a importância de que escritório do secretário seja dentro da unidade, facilitando a interação com a comunidade e solução de problemas.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

O município da Unidade em que atuo é Rodeio Bonito, o qual tem uma população de 6.000 habitantes, o principal trabalho dos habitantes é a agricultura. O município conta com uma UBS na cidade e outra no interior, onde fazemos consulta uma vez por semana com cada médico, temos 3 ESF, cada uma com um dentista. Também há um Núcleo de Assistência à Saúde da Família (NASF), o qual trabalha junto conosco, de forma satisfatória. A disponibilidade de atenção especializada não é ruim, mas tem que melhorar porque há usuários que precisam de consultas que o

Sistema Único de Saúde (SUS) não tem convênio e eles não têm dinheiro para pagar consultas privadas, isso às vezes pode levar a mortes por causas que poderiam ser evitadas. Em relação à disponibilidade hospitalar, temos um hospital aqui em nosso município, com médicos, quando os usuários precisam ser internados são encaminhados, temos problemas para realizar alguns exames complementares, que são muito demorados e os usuários precisam deles com rapidez.

Nossa UBS central é urbana e a outra é rural, o vínculo dela com o SUS é bom, além disso tem importante proximidade com as escolas da região. O modelo de atenção é como Equipe de Saúde da Família (ESF), a composição da ESF é um médico clínico geral, um dentista, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, e as agentes comunitárias de saúde. Atuo na UBS urbana e um dia por semana atendo na UBS rural.

Em relação à estrutura física da UBS, a mesma está sendo reestruturada, está em construção, será mais eficiente de acordo com o plano, e desse jeito vai melhorar muito com respeito à estrutura que oferecerá todo o necessário para um bom atendimento à população. Esta unidade atual tem menos espaço nos consultórios, as paredes estão velhas, a sala de espera tem espaço para aproximadamente 20 usuários, mas com a reestruturação vai ter capacidade para mais, vai ter uma sala de observação aos usuários, a sala de nebulização vai ficar separada da sala de esterilização, além de um banheiro para pessoas com incapacidade.

Sobre as atribuições das equipes, estamos realizando um bom trabalho, de forma integral, atendendo aos usuários como deve ser, com qualidade e sempre tentando dar a melhor das opções para eles e dessa forma fiquem satisfeitos tanto na consulta na UBS, como nas visitas que fazemos nas casas daquelas pessoas que precisam de nosso atendimento porque não podem ir à UBS. As visitas domiciliares são realizadas uma vez por semana e as reuniões de equipe são feitas todas as semanas para analisar como vai o acompanhamento dos usuários visitados e atendidos nas consultas, além de revisar se todos eles cumprem as orientações. Também discutimos se algum usuário precisa de algo, para informarmos ao secretário e ajudá-los. Nas comunidades fazemos palestras, atividades de educação física, atividades de grupo, onde damos remédios para os usuários com doenças crônicas não transmissíveis, consultas e palestras, toda a equipe participa.

Nossa área adstrita, como citei, tem uma população de 6000 habitantes, dividida em 2000 para cada ESF, a população que predomina é a de 15-59 anos e feminina. Essa população está dividida para as três ESF e acho que é adequada, isso permite oferecer um melhor atendimento às pessoas como deve ser, com qualidade e de forma integral, também permite buscar formas diferentes para melhorar ainda mais a saúde das pessoas de nossa área de abrangência.

Distribuição dos usuários da área de abrangência segundo faixa etária e sexo. Rodeio Bonito, 2015.

<b>Idade</b>	<b>Masculino</b>	<b>%</b>	<b>Femenino</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
-1 ano	29	0,48	43	0,7	72	1,18
<b>1 - 4</b>	81	1,35	99	1,65	180	3
<b>5- 14</b>	436	7,27	500	8,3	936	15,57
<b>15-59</b>	1233	20,6	2724	45,4	3957	66
<b>60 anos ou mas</b>	378	6,3	477	7,95	855	14,25
<b>total</b>	2157	36	3843	64	6000	100

A demanda espontânea é uma condição onde vão à consulta mais usuários do que está programado, isso é bastante difícil porque as consultas levam um tempo para cada doença e às vezes é difícil explicá-los que não é possível atendê-los no momento e que devem voltar em outro horário, sempre que não sejam urgências e que não dê tempo de atendê-los nesse horário. Algumas das ações que nossa UBS faz para evitar o excesso da demanda espontânea são as visitas às casas dos usuários que mais precisam. Todos os médicos atendem à demanda espontânea e o acolhimento é realizado pela recepcionista junto com uma enfermeira, uma vez que os usuários chegam à UBS, os mesmos são distribuídos igualmente para os três médicos, se os usuários decidem ser atendido com algum médico específico, sua vontade é respeitada. A enfermeira mede a pressão deles, temperatura, peso e os encaminha para aguardarem na sala de espera e aqueles que têm alguma urgência médica são priorizados.

Em relação à saúde das crianças, a atenção delas está garantida, porque suas consultas estão programadas como deve ser, e com qualidade, mas é necessário orientar mais as mães para que saibam os riscos que podem ter seus filhos se não tiverem um adequado seguimento por não comparecerem às consultas programadas, sobretudo para um bom desenvolvimento psicomotor. Sempre que

vamos às visitas falamos com as mães sobre a importância de comparecer às consultas programadas e sobre os cuidados com as crianças, os sinais de alarme ante algumas doenças. Os indicadores segundo o Caderno de Ação Programática (CAP) são bons, com 96% de cobertura, sendo acompanhadas 69 crianças do total de 72, e indicadores de qualidade acima de 70%, exceto para triagem auditiva em que não foi possível obter os dados. Isso é porque a população tem se conscientizado sobre os riscos de não se preocupar pela saúde de suas crianças, e tem sido beneficiada pelas ações de educação em saúde. As consultas das crianças são registradas nas cadernetas para elas. As consultas seguem o protocolo do ministério da saúde do Brasil, na recepção é medida peso e altura das crianças, além da temperatura, e então seguem para a sala de espera para ser atendidos.

Igualmente acontece com as gestantes, desde o momento que ficam grávidas, solicitamos todos os exames, e programamos a próxima consulta, do mesmo jeito agendamos a consulta delas com a ginecologista, que não é em nossa unidade. Então, todos juntos mantemos essa gestante o melhor possível para que seja capaz de se enfrentar ao parto da melhor forma e seja capaz de dar uma boa atenção para sua criança. A estimativa de gestantes do CAP não está próxima com a realidade, está acima. De acordo com o CAP são estimadas 90 gestantes para nossa área, e são acompanhadas 41, sendo então, a cobertura de 46% e os indicadores iguais ou acima de 90%, exceto para a prescrição de suplementação de sulfato ferroso conforme protocolo, que está em 68%, para o qual é preciso uma ação para que seja melhorado. As equipes de saúde sempre orientam às gestantes e às suas famílias sobre os cuidados com a saúde necessários nessa fase e assim evitar riscos para desenvolvimento de doenças que podem prejudicar sua saúde e das crianças, as consultas são de qualidade. Além disso, temos grupos de gestantes que funcionam uma vez ao mês, e participam toda a equipe de saúde, junto com o professor de educação física, as nutricionistas e as psicólogas, as gestantes ficam muito satisfeitas.

Em relação à prevenção do câncer de colo de útero e controle do câncer de mama, nossa unidade dá prioridade para estas doenças, já que são as primeiras causas de morte na população feminina e por isso são tomadas medidas para diagnosticar a tempo se as usuárias têm alguma alteração que possa culminar em alguma destas doenças. Realizamos palestras na comunidade, onde participam todos os profissionais da saúde junto com a população. Quando elas comparecem



às consultas perguntamos se realizaram o preventivo, e ali mesmo fazemos o pedido do mesmo, orientamos para que façam sua mamografia todos os anos se necessário, porém, primeiro se ensina como fazer o autoexame e quais são os sintomas ou sinais que devem estar atentas. Além disso, conscientizamos sobre a importância de evitar as doenças sexualmente transmissíveis que são os primeiros fatores de risco destas doenças e a importância de amamentar as crianças até os dois anos sendo até os seis meses o aleitamento materno exclusivo. Os indicadores de cobertura estão bons, sendo de 94% das mulheres acompanhadas, para a prevenção do câncer colo de útero e 83% para o câncer de mama. Assim como os indicadores de qualidade, que também apresentam bons indicadores. Infelizmente, algumas usuárias ainda não têm consciência ainda da importância de fazer o preventivo de acordo com o programado, estamos trabalhando e para isso fazemos as palestras nas comunidades. Toda essa população feminina tem os registros de acompanhamento no posto de saúde e a população fica muito feliz com nosso trabalho para melhorar sua saúde.

Com respeito aos hipertensos e diabéticos eles têm suas consultas pelo menos duas ou três vezes ao ano, nas consultas falamos com eles sobre a importância de conhecer sua doença e saber como conviver com ela. Orientamos sobre os hábitos alimentares saudáveis, a prática de exercícios aeróbios como caminhadas, evitar os hábitos nocivos. Realizamos também visitas domiciliares aos usuários com mais dificuldade de comparecerem às consultas, para que cada dia melhorem seu estado de saúde. A mesma população é bastante preocupada com os exames regulares que devem se fazer. Estas são doenças muito comuns de forma geral, o que faz com que a população conheça bastante sobre elas, ainda assim temos que continuar falando porque continuam em aumento todos os anos e são cada ano maiores os casos de mortalidade e os que ficam incapacitados, devido um mal acompanhamento de sua doença. Em relação aos indicadores de cobertura, estão muito bons, com 100% dos hipertensos da área acompanhados e 98% dos diabéticos. Os indicadores de qualidade também se apresentam satisfatórios, sendo o de avaliação de saúde bucal o que mais necessita de melhorias está em 59% para hipertensos e 77% para diabéticos. Considerando as complicações crônicas e agudas, as incapacidades até mesmo para o trabalho que essas doenças podem causar, é preciso aprimorar o atendimento a esse público de usuários.

Em relação à saúde dos idosos, sempre tentamos lhes dar prioridade nas consultas, as visitas a eles também são priorizadas, já que as pessoas dessa idade estão mais expostas a doenças crônicas, quedas, e seus ossos são também mais frágeis, por isso falamos muito com eles para evitar acidentes nas casas e com suas famílias também para que conheçam sobre os cuidados dos idosos nas casas. Damos cobertura ao 97 % desta população. Além disso, essa população sofre bastante de doenças comuns como HAS e DM. Nas visitas fazemos aferição da pressão arterial e teste de glicose. Oferecemos também os medicamentos necessários, pois nosso alvo é que tenham uma vida o melhor possível durante esse tempo.

De forma geral, uma das melhores coisas que tem esta UBS é o recurso humano que temos, que gostam do trabalho que fazem, e assim trabalham para dar um bom atendimento aos usuários que quase sempre saem seguros da boa atenção recebida.

Por último, é importante ressaltar que nossa UBS está sendo reconstruída com a intenção de melhorar sua estrutura e com ela o conforto dos usuários e dos profissionais.

### **1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional**

Este relatório e o texto feito na segunda semana de ambientação tem como diferença que naquele tempo tínhamos somente duas equipes de saúde, hoje contamos com 3 equipes de saúde totalmente completas. Os atendimentos eram de qualidade, mas agora os trabalhadores estão muito mais comprometidos com seu trabalho, estão mais organizados, as fichas estão bem organizadas, com muita facilidade para procurar qualquer usuário. A população tem se conscientizado sobre o funcionamento da priorização dos atendimentos, compreendendo a urgência ou emergência.

antes as consultas tinham menos espaço, agora com a nova reestruturação que está-se fazendo no posto de saúde, as consultas vão ficar com mais espaço, antes a sala de nebulização e a de esterilização estavam juntas, agora vão ficar separadas uma da outra, antes o posto não tinha banheiro para descapacitados, agora com a nova estrutura vai ter.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A hipertensão arterial e a diabetes mellitus, são duas doenças crônicas não transmissíveis muito comuns na população mundial, causas de múltiplas mortes e incapacitações a cada ano, principalmente porque os usuários não adotam um adequado tratamento medicamentoso e não medicamentoso, não têm consciência de que somente com medidas como evitar o sedentarismo fazendo exercícios, não fumar, evitar comidas muito salgadas e com gorduras, por citar alguns exemplos. É possível que tenham um bom controle de sua doença e assim ter uma vida o melhor possível, mesmo assim convivendo com sua doença. Nossa comunidade não está longe disso e sofre os mesmos problemas que sofre a população mundial. Por isso, que foi definido como foco da intervenção a hipertensão e a diabetes. Além disso, os atendimentos antes não estavam bem organizados, chegavam usuários com urgências e não eram priorizados ou simplesmente não eram atendidos porque não tinham alcançado uma senha para serem atendidos pelo médico.

Minha UBS conta com 3 equipes de saúde, 3 médicos de medicina geral integral e 3 dentistas, 14 Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) 6 enfermeiras, 6 auxiliares de enfermagem e 3 auxiliares de saúde bucal, todos somos os encarregados de oferecer à população um bom atendimento, sendo os responsáveis pela saúde de 6000 pessoas que moram em nosso município.

A população alvo de minha intervenção, que corresponde aos usuários hipertensos e diabéticos de minha equipe, é 276 usuários com hipertensão arterial sistêmica e 57 com diabetes mellitus, foi dada cobertura ao 100 % destes pacientes. Em relação aos usuários faltosos às consultas, não houve faltosos diabéticos durante a intervenção, logo, não houve necessidade de realizar busca ativa, já para os hipertensos em todos os meses foram realizadas 100% de busca ativa para os

faltosos, sendo 2 no mês 1 e 2 no mês 2. A faltas às consultas devem-se ao trabalho e por estarem fora do município, mas foram recuperadas essas consultas. Os usuários faltosos receberam visitas em suas casas, pedimos apoio das suas famílias para que nos ajudassem nisso, lhes explicando a importância de um bom acompanhamento de doença, com a ajuda deles todos usuários faltosos foram recuperados. Com respeito à qualidade da atenção desta população, foi feito exame clínico e laboratorial ao 100 % dos usuários alvos, assim como avaliação de necessidade odontológica ao 100 % deles, não sendo assim no caso da prescrição de medicamentos da farmácia popular/HIPERDIA, que foi um 96,7 %, porque são usuários que se atendem com médicos privados e seus medicamentos não estão dentro dos da farmácia popular.

Temos ações de promoção como bate-papos, palestras para que eles entendam a importância de contribuir com eles mesmos para ter um nível de vida o melhor possível dentro de sua doença, as quais são realizadas todos os dias, seja nas consultas ou nas comunidades e sempre os usuários comparecem.

Toda a equipe está comprometida em realizar uma intervenção de qualidade, pela importância que tem de manter os níveis de pressão arterial e de glicose dentro dos limites normais nestes usuários e a importância de prevenir complicações neles. As principais dificuldades são que muitos destes usuários não podem comparecer às consultas devido ao trabalho, que não lhes permite sair sempre que precisem para consultas, inclusive, às vezes trabalham com a pressão alterada assim como os níveis de glicose; outro problema é o estresse constante com que eles convivem, produto dos problemas que levam às vezes não ter trabalho e uma família que alimentar.

Outro problema muito comum é o costume de comer comidas muito salgadas e sabemos que o sal é um dos fatores de risco que alteram a pressão arterial e por outro lado os usuários que não têm consciência da importância da dieta para ajudar manter os níveis de glicose e de pressão normais. Os aspectos que temos a favor para realizar esta intervenção é o engajamento da equipe de saúde com a população, disposta para melhorar o modo e estilo de vida da população.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde dos hipertensos e dos diabéticos na UBS central do Município Rodeio Bonito, RS, Brasil.

### **2.2.2 Objetivos específicos e metas**

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos.

**Meta 1.1:** Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Meta 1.2:** Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

**Meta 2.1:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

**Meta 2.2:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

**Meta 2.3:** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Meta 2.4:** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Meta 2.5:** Priorizar a prescrição de medicamentos de farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.6:** Priorizar a prescrição de medicamentos de farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.7:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

**Meta 2.8:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

**Objetivo 3:** Melhorar adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa HIPERDIA.

**Meta 3.1:** Buscar 100% do hipertenso faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Meta 3.2:** Buscar 100% do diabético faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Objetivo 4:** Melhorar o registro das informações.

**Meta 4.1:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 4.2:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Objetivo 5:** Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

**Meta 5.1:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 5.2:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Objetivo 6:** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

**Meta 6.1:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

**Meta 6.2:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

**Meta 6.3:** Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

**Meta 6.4:** Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

**Meta 6.5:** Garantir orientações sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

**Meta 6.6:** Garantir orientações sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

**Meta 6.7:** Garantir orientações sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

**Meta 6.8:** Garantir orientações sobre higiene bucal a 100% dos usuários

diabéticos.

## **2.3 Metodologia**

Este projeto foi estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Central, no Município de Rodeio Bonito no Rio Grande do Sul, teve duração de 12 semanas, foi realizada no período de fevereiro a junho de 2015. Com participação ativa de toda a equipe da UBS e da comunidade, as ações serão feitas em quatro eixos fundamentais, estes são: Monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos .

**Meta 1.1:** Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Meta 1.2:** Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

- Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. O médico será responsável pelo monitoramento da ação, revisando todas as semanas as fichas dos usuários atendidos no posto de saúde sendo que a avaliação será desenvolvida por toda a equipe da Unidade Básica de Saúde central de Rodeio Bonito.

- Organização e gestão do serviço: Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa, a equipe toda participará do registro. Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e diabéticos. Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde, e continuar a realização do

hemoglicoteste na unidade de saúde e nas visitas domiciliares. A enfermeira será a responsável

- Engajamento público: Continuar Informando à comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes, as ACS serão as responsáveis. A educação continuada deverá ser realizada a cada consulta e nos grupos.

- Qualificação da prática clínica: Capacitar aos ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência, a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular, realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, o médico e a enfermeira serão os responsáveis.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção aos usuários Hipertensos e/ou diabéticos.

**Meta 2.1:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

**Meta 2.2:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

**Meta 2.3:** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Meta 2.4:** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Meta 2.5:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.6:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.7:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

**Meta 2.8:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

- Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos. O médico será responsável pelo



monitoramento da ação nas consultas. Também, monitorar o número de diabéticos e hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na Unidade de Saúde. O médico será responsável pelo monitoramento da ação, sendo que a avaliação será feita por toda a equipe. Monitorar o acesso aos medicamentos da farmácia popular/Hiperdia. Na intervenção, a farmacêutica junto com a auxiliar de enfermagem serão as responsáveis pelo monitoramento da ação, podendo capacitar toda a equipe para aprender este processo conforme o andamento da intervenção no Serviço.

- Organização e gestão do serviço: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos. Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde. Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais da equipe toda a fim de participar de capacitação específica. Garantir a solicitação dos exames complementares. Garantir com o gestor municipal a cota mínima para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. O médico junto com a enfermeira serão os responsáveis desta ação.

- Engajamento público: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão, diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, pelo menos uma vez ao ano. Orientar aos usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares. Orientar aos usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares. Orientar aos usuários do serviço e a comunidade quanto ao direito dos usuários terem acesso aos medicamentos da farmácia popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso. A auxiliar de enfermagem será a responsável destas ações, depois de receber a capacitação que será feita na primeira semana.

- Qualificação da prática clínica: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado. Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares. Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos de Farmácia popular/Hiperdia. O médico será o responsável desta ação na reunião da equipe.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de Hipertensos e/ou Diabéticos ao Programa.

**Meta 3.1:** Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Meta 3.2:** Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

- Monitoramento e avaliação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia). Nisto, teremos o apoio da Equipe para procurar nos registros da UBS sobre os usuários faltosos, inclusive nos próprios prontuários do serviço. A responsável desta ação vai ser a auxiliar de enfermagem, que vai fazer isto no acolhimento dos usuários na recepção.

- Organização e gestão do serviço: Organizar visitas domiciliares para buscar aos faltosos. Organizar a agenda para acolher os Hipertensos e Diabéticos provenientes das buscas domiciliares, conforme prioridade e organização da equipe para contribuir com a demanda que surgirá. A responsável desta ação vai ser a enfermeira que vai organizar conforme o protocolo do posto de saúde.

- Engajamento público: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas. Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e de diabetes (se houver número excessivo de faltosos). Esclarecer aos usuários com Hipertensão e Diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Isto vai ocorrer nas mesmas comunidades em reuniões com eles feitas uma por mês, o responsável vai ser o médico.

- Qualificação da prática clínica: Capacitar os ACS para a orientação de Hipertensos e Diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. Pretende-se desenvolver esta capacitação logo no início da intervenção, particularmente reforçando na reunião de equipe. O médico da equipe vai ser o responsável usando para isto o protocolo do posto de saúde.

Objetivo 4: Melhorar o registro das Informações

**Meta 4.1:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 4.2:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos

cadastrados na unidade de saúde.

- Monitoramento e avaliação: Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde. O médico ficará responsável inicialmente para esta avaliação, desenvolvendo o senso de corresponsabilização entre os integrantes da Equipe. Ele vai acompanhar o bom preenchimento dos registros feitos pela enfermeira.

- Organização e gestão do serviço: Manter as informações do SIAB atualizadas. Pactuar com a equipe o registro das informações. Definir responsável pelo monitoramento dos registros (a enfermeira). Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença (o registro vai ser acompanhado todas as semanas).

- Engajamento público: Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via se necessário. As ACS vão ser as responsáveis de orientar à comunidade no trabalho todos os dias aos usuários.

- Qualificação da prática clínica: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos hipertensos e dos diabéticos. Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas. O médico vai ser o responsável desta capacitação.

Objetivo 5: Avaliação de Risco.

**Meta 5.1:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 5.2:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

- Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano. O responsável vai ser o médico nas consultas todos os dias, por médio da

escala de Framingham vai saber se o usuário é de baixo, médio ou alto risco de ter alguma doença cardiovascular.

- Organização e gestão do serviço: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco, assim como organizar a agenda para o atendimento desta demanda junto com a enfermeira e com o médico. A enfermeira vai ser a responsável junto com as ACS de incorporar estes usuários à agenda de consulta sem a necessidade de alterar as demais consultas programadas.

- Engajamento público: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular. Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação). O médico vai ser o responsável de orientar aos usuários nas consultas e nas visitas domiciliares e nos grupos.

- Qualificação da prática clínica: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo. Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação. Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. O médico vai ser o responsável desta capacitação utilizando para isto um exemplo de como usar a escala de Framingham.

Objetivo 6: Promover a saúde de Hipertensos e/ou diabéticos

**Meta 6.1:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

**Meta 6.2:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

**Meta 6.3:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

**Meta 6.4:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

**Meta 6.5:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

**Meta 6.6:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

**Meta 6.7:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

**Meta 6.8:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

- Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos. Monitorar a realização de atividade física regular aos Hipertensos e diabéticos. Monitorar a realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos e hipertensos. O médico ai ser o responsável desta ação e vai acompanhar as atividades feitas pelo professor de educação física no caso das atividades físicas.

- Organização e gestão do serviço: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável e atividade física. Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos e nutricionistas nesta atividade. Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do Abandono ao tabagismo. A enfermeira vai ser a responsável de se reunir com o gestor da saúde para exigir que não falem medicamentos para o abandono ao tabagismo, nem as parcerias com o educador físico nem as nutricionistas.

- Engajamento público: Orientar hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável e da prática de atividade física regular. Orientar os diabéticos e hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo. As ACS vão ser as responsáveis de orientar aos usuários e à população em geral sobre a importância destes hábitos, depois de ser capacitadas na primeira semana.

- Qualificação da prática clínica: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável, metodologias de educação em saúde, promoção da prática de atividade física regular e para o tratamento de usuários tabagistas. O médico vai ser o responsável desta tarefa na primeira semana na reunião da equipe.

### **2.3.2 Indicadores**

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos.

**Meta 1.1:** Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Indicador 1.1:** Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 1.2:** Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Indicador 2:** Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

**Meta 2.1:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

**Indicador 2.1:** Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.2:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

**Indicador 4:** Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.3:** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 2.3:** Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.4:** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 2.4:** Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.5:** Priorizar a prescrição de medicamentos de farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 2.5:** Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

**Meta 2.6:** Priorizar a prescrição de medicamentos de farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 2.6:** Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

**Meta 2.7:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

**Indicador 2.7:** Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 2.8:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

**Indicador 2.8:** Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Objetivo 3:** Melhorar adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa HIPERDIA.

**Meta 3.1:** Buscar 100% do hipertenso faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 3.1:** Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

**Meta 3.2:** Buscar 100% do diabético faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 3.2:** Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

**Objetivo 4:** Melhorar o registro das informações.

**Meta 4.1:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.



**Indicador 4.1:** Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 4.2:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 4.2:** Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Objetivo 5:** Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

**Meta 5.1:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 5.1:** Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 5.2:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 5.2:** Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Objetivo 6:** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

**Meta 6.1:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a

100% dos hipertensos.

**Indicador 6.1:** Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.2:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

**Indicador 6.2:** Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.3:** Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

**Indicador 6.3:** Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.4:** Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

**Indicador 6.4:** Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.5:** Garantir orientações sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

**Indicador 6.5:** Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.6:** Garantir orientações sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

**Indicador 6.6:** Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.7:** Garantir orientações sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

**Indicador 6.7:** Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.8:** Garantir orientações sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

**Indicador 6.8:** Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### 2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no Programa de atenção a usuários com Doenças Crônicas não Transmissíveis, a Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes

Mellitus, vamos a adotar os Cadernos de Atenção Básica de Hipertensão e Diabetes. Utilizaremos as fichas dos hipertensos e diabéticos.

A ficha-espelho a ser utilizada será a que o curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) nos disponibiliza, baseadas nas orientações do Ministério da Saúde (MS). Nesta direção, para o acompanhamento mensal da intervenção, também será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados que relação direta com a ficha-espelho. Assim, realizar-se-á 300 impressões de fichas-espelho individuais, com apoio da Gestão.

Para organizar o registro do programa a enfermeira revisará o livro de registro, identificando todos os hipertensos e/ou diabéticos que vierem ao serviço para consulta nos últimos três meses. A profissional localizará os prontuários destes usuários e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho que utilizaremos. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento, anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso, entre outros elementos norteadores da intervenção em curso.

A análise situacional e a definição de foco para intervenção já foram discutidas com os profissionais da equipe na UBS. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre o protocolo e o manual para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos hipertensos e diabéticos. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS. Para isso, serão reservadas duas horas ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião da equipe de saúde. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe.

Quanto à ação de acolhimento dos hipertensos e diabéticos que buscarem o serviço será realizado pela recepcionista e técnica de enfermagem, as quais farão o agendamento da próxima consulta. Para o acolhimento das demandas espontâneas nos hipertensos e diabéticos não serão alteradas as orientações que estão na organização da agenda. Em certa medida, estas demandas serão priorizadas nas consultas disponíveis para pronto atendimento na UBS.

Para sensibilização da comunidade planejamos desenvolver ações estratégicas nas reuniões de lideranças, nas participações dos grupos de diabéticos e hipertensos e entre outros grupos operativos e terapêuticos, assim como identificar outros recursos da comunidade que visam a expor a situação da intervenção que iremos desenvolver. Faremos contato com as associações de moradores e com os

representantes das igrejas da nossa área de abrangência; assim como com os clubes de mães das comunidades do interior para apresentar o projeto, esclarecendo a importância da realização do acompanhamento dos hipertensos e diabéticos para um melhor controle de suas doenças. Para as ações de promoção da saúde vão ser utilizadas banners, posters, computadores, um projetor.

Para o monitoramento ao final de cada mês, as informações coletadas nas fichas serão consolidadas na planilha eletrônica.



### **3 Relatório da Intervenção**

#### **3.1 Ações previstas e desenvolvidas**

Para a qualificação da prática clínica, o encontro de capacitação foi feito segundo o cronograma, na primeira semana da intervenção, mas, em todas as reuniões de equipe esclareciam-se dúvidas. Foi feita uma reunião mensal no horário da manhã, nessa capacitação cada membro da equipe recebeu um tema para se preparar antes de começar a reunião e ao final coordenar a discussão sobre aquele tema.

O atendimento oferecido aos hipertensos e diabéticos foi de qualidade, desde que o usuário chega à unidade, recebe um bom acolhimento na sala de recepção pelas enfermeiras, onde medem a pressão, o peso e altura dos usuários e os encaminham à sala de espera, para serem atendidos pelo médico que os recebe cordialmente. Nas consultas o usuário tem um espaço em que se sente livre para falar tudo o que lhe preocupa. Além disso, é feito um bom exame clínico e orientado os exames complementares que devem realizar, e dessa forma, todos usuários tenham suas necessidades atendidas e saiam satisfeitos a cada consulta.

No engajamento público conversamos pessoalmente com os líderes comunitários e explicamos o objetivo da intervenção, a importância de apoiarem as ações da intervenção, e graças a esse apoio a comunidade entendeu e ajudou muito, escutamos a opinião e as necessidades da população para um melhor trabalho. Foram feitas ações de educação em saúde nos grupos realizados nas comunidades, orientamos à população sobre como manter um melhor controle de sua doença, como manter uma alimentação saudável, a prática sistemática de exercícios físicos e evitar hábitos nocivos à saúde, hoje muitas pessoas idosas fazem caminhadas todos os dias e frequentam a academia para fazer exercícios, além disso, o professor de educação física faz atividades nas comunidades. Na sala

de espera oferecemos palestras todos os dias sobre como levar um melhor estilo de vida o mais saudável possível.

Para registro das informações, organizamos as fichas dos usuários por nome e os prontuários junto com o livro destas doenças, acrescentamos também os usuários com consultas em atraso.

As ações previstas no projeto foram desenvolvidas todas sem dificuldade nenhuma, sempre com a ajuda de profissionais da equipe, devido ao planejamento, todos tínhamos bem claro a parte que íamos fazer, fazíamos reuniões para dar acompanhamento às ações e tínhamos o apoio da comunidade. O apoio da rádio e a prefeitura favoreceu a aproximação com a comunidade. Além disso, as capacitações ajudaram a melhorar o conhecimento sobre diabetes e hipertensão e as discussões nos levaram a compreender melhor as necessidades de nossa comunidade, para assim, planejar ações que realmente atendessem a essas necessidades.

### **3.2 Ações previstas e não desenvolvidas**

Ao final todas as ações foram desenvolvidas integralmente, sem dificuldade nenhuma.

### **3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados**

Não encontramos barreiras nem dificuldades na coleta das informações (dados do projeto), fechamento das planilhas de coletas de dados e cálculos dos indicadores. Todos os profissionais da equipe se esforçaram para manter os registros atualizados e assim ser possível preencher adequadamente as planilhas e assim gerar os indicadores, que eram discutidos nas reuniões de equipe.

### **3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços**

Estas ações já estão, quase todas, incorporadas à rotina do serviço, temos que continuar trabalhando e incorporar a classificação dos riscos cardiovasculares à rotina diária das consultas destes usuários, ou seja, continuar com as ações que



começamos com a intervenção. Foi melhorado também o sistema de coleta de dados com a nova planilha que incorporamos, por ser mais completa.

## **4. Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

A intervenção aconteceu em 12 semanas, no período de Fevereiro até Junho do ano 2015, tratou sobre a melhoria da atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos na UBS central do município Rodeio Bonito, estado, RS. Todos os usuários com 20 anos ou mais com hipertensão ou diabetes da área de abrangência de nossa equipe foram acompanhados durante a intervenção.

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos.

**Meta 1.1:** Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Meta 1.2:** Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Da população alvo, foram acompanhados ao final da intervenção 276 usuários com HAS e 57 com DM para uma cobertura de 100% para ambas as doenças, no caso dos usuários hipertensos foram 39 no primeiro mês, 151 no segundo mês e no terceiro mês foi de 276 e no caso dos diabéticos foram 8 no primeiro mês, 31 no segundo mês e 57 no terceiro mês (Figura 1 e 2). O alcance das metas de cobertura em 100%, conforme previsto foi possível ao comprometimento de toda a equipe em realizar suas funções.

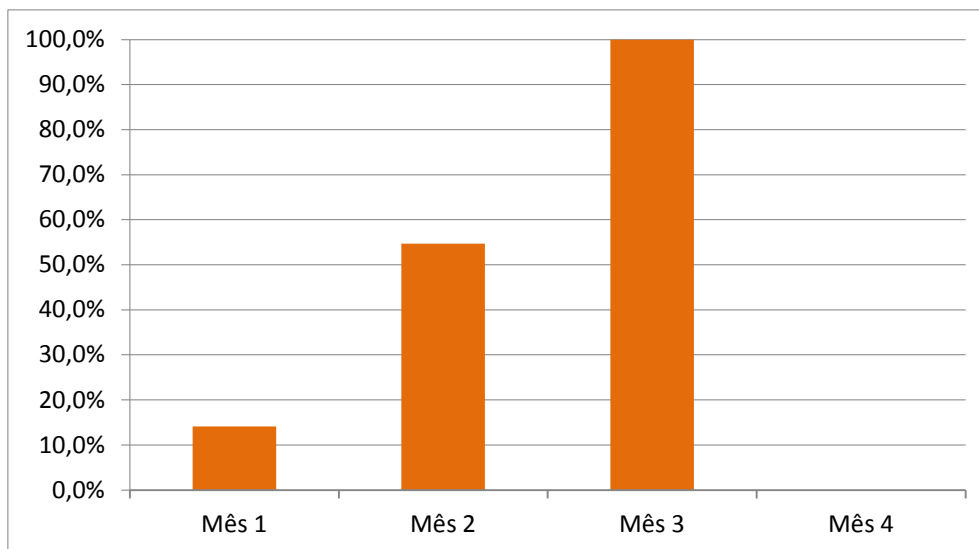


Figura 1: Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

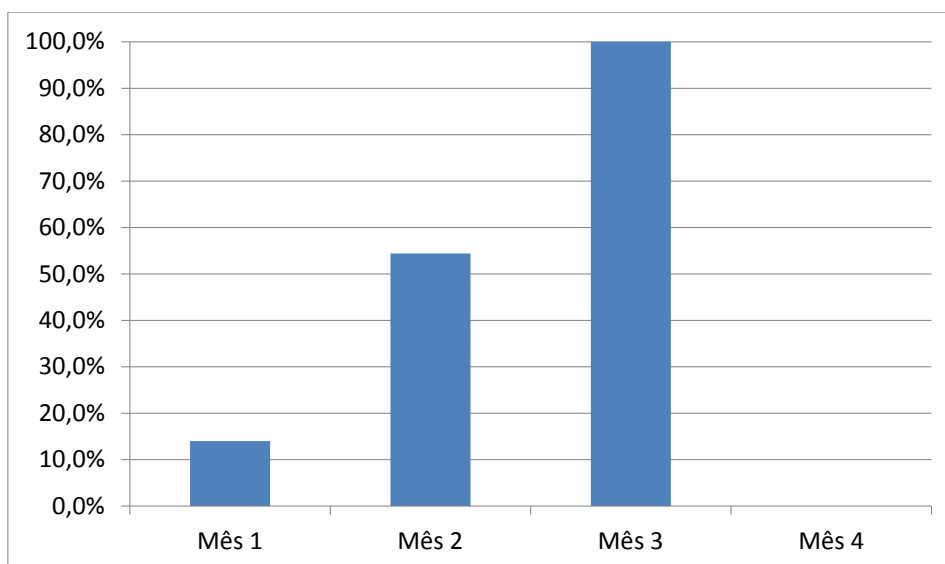


Figura 2: Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

**Meta 2.1:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

**Meta 2.2:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

**Meta 2.3:** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Meta 2.4:** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Meta 2.5:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.6:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.7:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

**Meta 2.8:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Um destaque da intervenção realizada foi a qualidade dos atendimentos oferecidos à população, alcançando 100% para quase todas as metas planejadas, exceto para a prescrição de medicamentos da farmácia popular.

Metas 2.1 e 2.2: Em todos os meses da intervenção 100% dos usuários atendidos (hipertensos e diabéticos) estavam em dia de acordo com o protocolo para os exames clínicos

Metas 2.3 e 2.4: ao longo da intervenção ao 100 % dos usuários atendidos (hipertensos e diabéticos) foram feitos os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Meta 2.5: Para o indicador de prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia priorizada, para os hipertensos esse indicador ao final da intervenção foi de 89.7% (35 de 39 hipertensos), no mês 2 94.0% (142 de 151) e no mês 3 finalizou em 96.7% (267 de 276) (FIGURA 3).

Meta 2.6: para os diabéticos foi de 100% no mês 1 (8 usuários), 93.5% (29 de 31) no mês 2, e finalizou no mês 3 com 96.5% 55 de 57 usuários) (FIGURA 3). Alguns usuários fazem uso de medicamentos há muito tempo prescritos por médicos da rede privada e não querem trocar.

Metas 2.7 e 2.8: foi realizada a avaliação da necessidade de atendimento odontológico ao 100 % dos usuários, sendo para os hipertensos 39 no mês 1, 151 no mês 2 e 276 no mês 3, e para os diabéticos 8 no mês 1, 31 no mês 2 e 57 no mês 3.

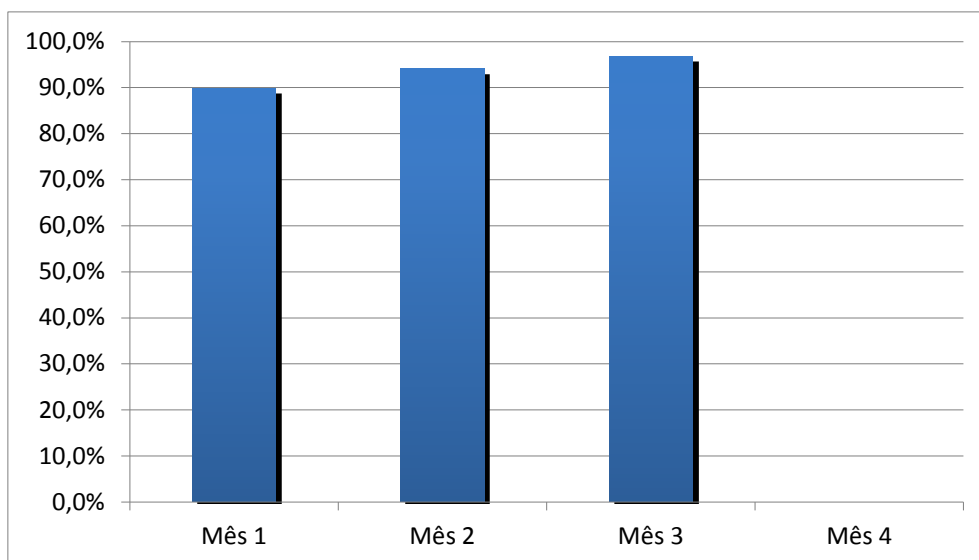


Figura 3: Gráfico indicativo da prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia priorizada

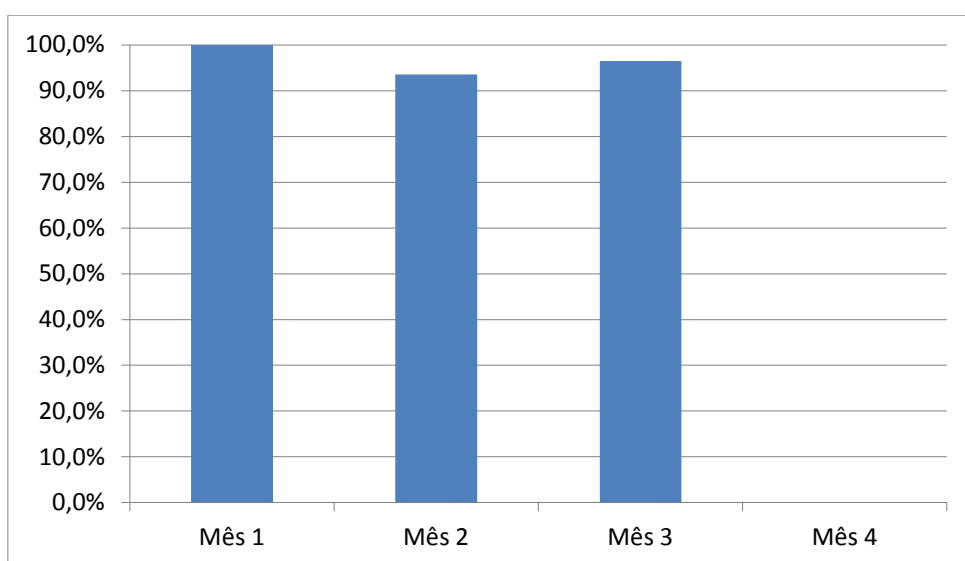


Figura 4: Gráfico indicativo da prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia priorizada

**Objetivo 3:** Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

**Meta 3.1:** Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Meta 3.2:** Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Em relação ao indicador de busca de ativa aos faltosos às consultas, não houve faltosos diabéticos durante a intervenção, logo, não houve necessidade de

realizar busca ativa, já para os hipertensos em todos os meses foram realizadas 100% de busca ativa para os faltosos, sendo 2 no mês 1 e 2 no mês 2. As faltas às consultas devem-se ao trabalho e por estarem fora do município, mas foram recuperadas essas consultas. Os usuários faltosos receberam visitas em suas casas, pedimos apoio das suas famílias para que nos ajudassem nisso, lhes explicando a importância de um bom acompanhamento de doença, com a ajuda deles todos usuários faltosos foram recuperados.

Esses resultados foram atingidos pelo empenho de todos os trabalhadores da unidade e da boa preparação atingida por todos, além do bom atendimento aos usuários nas consultas e do trabalho de promoção de saúde realizado por todos, incluindo a rádio e o jornal.

**Objetivo 4:** Melhorar o registro das informações

**Meta 4.1:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 4.2:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Durante toda a intervenção todos os hipertensos e diabéticos tiveram seus dados preenchidos adequadamente nas fichas de acompanhamento, logo essa meta permaneceu em 100% durante toda a intervenção.

**Objetivo 5:** Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

**Meta 5.1:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 5.2:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

A todos os hipertensos e diabéticos acompanhados durante a intervenção foi realizada a estratificação de risco cardiovascular, compreendendo a importância dessa avaliação, considerando o risco que têm os usuários hipertensos e diabéticos em desenvolver doenças cardiovasculares. Por isso, a meta foi alcançada em 100%

em todos os meses da intervenção.

**Objetivo 6:** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

**Meta 6.1:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

**Meta 6.2:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

**Meta 6.3:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

**Meta 6.4:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

**Meta 6.5:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

**Meta 6.6:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

**Meta 6.7:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

**Meta 6.8:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

Durante toda a intervenção a qualidade dos atendimentos foi muito discutida e definida como prioridade a promoção da saúde.

Metas 6.1 e 6.2: todos os usuários acompanhados (o 100 % dos hipertensos e diabéticos) receberam orientação nutricional

Metas 6.3 e 6.4: o 100 % dos usuários com HAS e DM receberam orientação sobre a prática de atividade física

Metas 6.5 e 6.6: todos os usuários com HAS e DM (100%), recebeu orientação sobre os riscos de tabagismo

Metas 6.7 e 6.8: o 100 % dos usuários hipertensos e diabéticos recebeu orientação sobre a importância da higiene bucal. Sendo para os hipertensos 39 no mês 1, 151 no mês 2 e 276 no mês 3, e para os diabéticos 8 no mês 1, 31 no mês 2 e 57 no mês 3.

A todos os usuários atendidos foi orientada a importância de uma alimentação saudável pelo médico, além de encaminhamento para a consulta com

as nutricionistas, principalmente para os que nunca haviam sido consultados por esse profissional. O mesmo aconteceu com a atividade física e sua prática, inclusive, encaminhamento para realizarem exercícios com professores de educação física. Com respeito aos riscos do tabagismo nestas doenças, todos usuários que fumam, além dos familiares fumantes receberam orientações sobre os riscos do tabagismo na saúde deles e de suas famílias. Tudo isto foi possível pelo engajamento de toda a equipe de saúde da família com o nosso trabalho e a colaboração dos líderes das comunidades, mesmo como os pais das igrejas, o conselho tutelar, o conselho de saúde, o prefeito e nosso secretário de saúde do município.

## **4.2 Discussão**

A intervenção em minha unidade básica de saúde propiciou a melhoria de atenção aos usuários hipertensos e diabéticos, nos registros e na qualidade da atenção a estes pacientes, com destaque para a classificação do risco cardiovascular.

Para a equipe a intervenção teve grande importância porque exigiu capacitação para as recomendações do Ministério da Saúde e obter bons resultados no rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento destas duas doenças. Este projeto ajudou promover o trabalho em equipe e demonstrou que quando se trabalha juntos, aparecem os resultados esperados. Esta intervenção nos fez entender a importância de se capacitar para alcançar um melhor atendimento à população, e deu tarefas específicas para cada membro da equipe, além de que termos que nos ajudar em tudo.

Para o serviço foi importante porque os prontuários ficaram mais organizados para facilitar a busca de algum usuário que precise de consulta novamente. A melhora dos registros dos hipertensos e dos diabéticos viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. A classificação de riscos tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos a tratar cada paciente de acordo com o grau do risco que ele apresente. A ficha foi adequada para coletar um maior número de indicadores dos usuários, como por exemplo, a classificação do risco cardiovascular e as ações de promoção de saúde.

Os usuários entenderam a importância de se cuidar, com a nossa ajuda e isso acabou tendo impacto em atividades como a prática de exercícios físicos e



orientação sobre alimentação saudável. O impacto da intervenção já é percebido na comunidade. Os usuários hipertensos e diabéticos demonstraram satisfação com a prioridade no atendimento, a maioria da população que entende porque devemos priorizar esse público.

Se a intervenção começasse neste momento, acho que ia fazer o mesmo trabalho e com a mesma equipe, porque sempre trabalhamos com muito interesse desde o primeiro momento para melhorar a atenção aos usuários e à população.

A intervenção já faz parte de nossa rotina e continuaremos realizando as ações implantadas para esse público, com o apoio dos gestores, de toda a equipe e população. Agora os próximos passos vão ser continuar com o trabalho feito na intervenção, levando tudo isto como parte de nossa rotina normalmente na unidade, já que contamos com o interesse de todas as pessoas para manter tão lindo trabalho.

## 5. Relatório da intervenção para gestores

A intervenção foi realizada no município Rodeio Bonito, na UBS central com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos de minha área de abrangência no período de fevereiro até junho do ano 2015. Foi escolhido este foco porque estas são duas doenças que ocasionam muitas mortes e incapacidades todos os anos no mundo e Brasil nem o município de Rodeio Bonito ficam fora disto, com uma população que tem costumes nada saudáveis para sua saúde.

Caros gestores, desde o primeiro momento que começamos a intervenção, foi possível contar com vosso apoio em tudo que foi necessário, como em disponibilizar os materiais para o trabalho e colaboração na capacitação da equipe. Além disso, compreendendo a importância para os hipertensos e diabéticos, buscaram a cooperação de um professor de educação física que fez importantes trabalhos com a comunidade, inclusive em visitas domiciliares aos usuários da terceira idade.

Todas as solicitações realizadas à secretaria de saúde para garantir algumas ações, como: a distribuição de glicômetros para medir a glicose aos usuários diabéticos, manter a cota para a realização dos exames complementares nos laboratórios e a compra de medicamentos para parar de fumar, foram atendidas. Na intervenção percebemos a importância da presença dos gestores em acompanhar a equipe de saúde, pois muitas solicitações mencionadas anteriormente dependem diretamente da gestão, da coordenação de recursos.

Conseguimos atender a 276 hipertensos e 57 diabéticos da nossa área de abrangência, e como ótima qualidade. Foi possível alcançar 100% das metas de qualidade propostas menos a prescrição de medicamentos da farmácia popular

**Meta 2.1:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos (atingido o 100 %)

**Meta 2.2:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos (atingido o 100 %)

**Meta 2.3:** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo ( atingido o 100 %)

**Meta 2.4:** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo ( atingido o 100)

**Meta 2.5:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde (ao final da intervenção foi de 89.7% (35 de 39 hipertensos), no mês 2 94.0% (142 de 151) e no mês 3 finalizou em 96.7% (267 de 276))

**Meta 2.6:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde (foi de 100% no mês 1 (8 usuários), 93.5% (29 de 31) no mês 2, e finalizou no mês 3 com 96.5% 55 de 57 usuários). Alguns usuários fazem uso de medicamentos há muito tempo prescritos por médicos da rede privada e não querem trocar)

**Meta 2.7:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos (foi atingido o 100 %)

**Meta 2.8:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos (foi atingido o 100 %)

O que reflete o comprometimento de todos envolvidos na intervenção.

Concluimos com estes resultados alcançados que a população, os profissionais e o serviço foram beneficiados com a intervenção, então as ações realizadas terão continuidade e percebemos que é possível alcançar ainda melhores resultados, principalmente atender mais usuários com essa qualidade, e assim acreditamos que alcançarão melhor qualidade de vida, reduzirão as complicações crônicas e agudas destas doenças. Tudo isto tem ajudado para melhorar e qualificar ainda mais o serviço.

É muito importante que a gestão continue coordenando de acordo com a realidade de cada unidade de saúde.

## **6. Relatório da intervenção para a comunidade**

Comunidade da UBS Central de Rodeio Bonito, realizamos um projeto de intervenção em 12 semanas, no período desde fevereiro até junho do ano 2015, para a melhoria da atenção à saúde de hipertensos e diabéticos. Foi escolhido este foco porque estas são duas doenças que ocasionam muitas mortes e incapacidades todos os anos no mundo e Brasil nem o município de Rodeio Bonito ficam fora disto, com uma população que tem costumes nada saudáveis para sua saúde.

Utilizando questionários e os grupos e reuniões com as comunidades, identificamos os principais problemas no trabalho da UBS em relação à atenção de usuários com hipertensão e/ou diabetes para depois buscar melhorias.

Foram acompanhados durante a intervenção 276 hipertensos e 57 diabéticos. Realizamos diversas ações com as quais foi possível melhorar a atenção dos usuários com essas doenças crônicas com a incorporação da equipe todas em visitas domiciliares, na promoção de saúde, ensinando a comunidade sobre as doenças e como atuar se acontecerem alterações dos valores de glicemia e pressão arterial. Orientamos que é preciso estar atento aos sinais de complicações dessas doenças, contar com o apoio dos familiares, e para isso oferecemos orientações nas igrejas, rádio.

Os usuários ganharam em conhecimento, estão muito mais preocupados e até os mesmos vizinhos apoiam os hipertensos e diabéticos. Nas consultas, ganharam um acompanhamento muito mais completo com uma nova organização e registro, além de receber um atendimento prioritário, integral e de qualidade, mais completo.

Na intervenção foi muito importante o engajamento público, a comunidade teve participação ativa sugerindo ótimas ideias para serem incorporadas na rotina da unidade. Além disso, os familiares participaram nos grupos de saúde fazendo muitas perguntas, o que demonstrou o interesse de todos em participar das atividades da UBS.

A atenção dispensada aos hipertensos e diabéticos foi qualificada durante a intervenção e hoje os usuários recebem orientações desde o momento em que ingressam na unidade. As ACS mantêm as visitas domiciliares e agora estão incorporadas também às visitas com o médico e a enfermeira, o que certamente melhorará ainda mais a qualidade das visitas.

As atividades de educação em saúde (promoção e a prevenção de saúde) foram de muita importância nesta intervenção, fizemos um bom trabalho promocional e preventivo. Esperamos que de agora em diante essas atividades desenvolvidas sejam de fato rotina na UBS e para isso contamos com apoio de toda a comunidade, para que continuem sugerindo o que pode ser melhorando, se informando sobre os serviços prestados na unidade e que possamos trabalhar em conjunto para continuar enfrentando essas doenças tão comuns em nossa comunidade.

Agradecemos o apoio e compreensão de todos.

## **7. Reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem**

Antes de começar o trabalho, eu fiquei com dúvidas se seria capaz de fazer esse projeto, aqui neste país com características bem diferentes dos outros onde tinha trabalhado anteriormente, incluindo o meu, costumes diferentes, sistema totalmente diferente, trabalhar diretamente com os brasileiros, médicos, muitos dos quais, não concordam com nossa presença aqui, e sobretudo, uma população adaptada à forma de trabalho dos médicos brasileiros, sempre acreditando neles e não em nós.

Porém, a intervenção foi feita com êxito, porque com o meu trabalho os demais trabalhadores do posto, alguns que ao princípio não queriam trabalhar comigo, já me consideram referência, acreditam em mim, e essa união que fez tudo dar certo. Eu, com minhas experiências neste tipo de trabalho, eles com suas experiências garantiram que a intervenção fosse desenvolvida muito melhor do que as expectativas iniciais. Além disso, a língua diferente, que ao princípio os usuários não entendiam bem, mas tudo deu certo mais rápido do que eu pensei e isso ajudou que a intervenção fosse desenvolvida sem problemas nenhum.

Este curso teve um bom significado para mim, como expliquei anteriormente, fiquei mais preparado com respeito a doenças que não são comuns em meu país, as conhecia, mas nunca fiquei tão perto delas e aqui são bem comuns, além disso, novos tipos de tratamentos médicos, como usá-los, com indicações, contraindicações e posologia. Acima de tudo, trabalhar com uma população bem diferente, com as suas culturas, costumes, tudo isso me ensinou e me mostra que nunca devemos deixar de estudar e tentar cada dia ser melhores médicos para ajudar àquelas pessoas que precisem de nosso atendimento em qualquer lugar. Outro aspecto importante foi conhecer melhor as leis pelas que trabalha o sistema de saúde aqui no Brasil, para evitar cometer erros.

## **Referencias**

1. Brasil. Ministério da saúde. Hipertensão arterial sistêmica. Saúde da família. Cadernos de atenção Básica No. 15. 2006.
2. Brasil. Ministério da saúde. Diretrizes Sociedade brasileira de Diabetes. 2009.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Diabetes Mellitus. Saúde da Família. Cadernos de Atenção Básica No. 16. 2006.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Prevenção Clínica de doença cardiovascular, Cerebrovascular e renal crônica. Caderno de atenção Básica No. 14. Secretaria de Atenção à saúde, departamento de atenção básica. 2006.

## **Anexos**



**Anexo A - Documento do comitê de ética**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

---

OF. 15/12  
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>  
Pro<sup>fa</sup> Ana Cláudia Gestal Fassa

*Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde*

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

*Patricia Abrantes Duval*  
Patricia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

## Anexo B- Planilha de coleta de dados

[illegible]

## INDICADORES

		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
1.1	<b>Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde</b>	19,8%	55,2%	69,7%	88,6%
	Numerador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da UBS	95	237	299	380
	Denominador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade de saúde	429	429	429	429



		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
1.2	<b>Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde</b>	27,4%	80,2%	99,1%	100,0%
	Numerador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da UBS	29	85	105	106
	Denominador: Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade de saúde	106	106	106	106



		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
2.1	<b>Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo</b>	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Numerador: Número de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo	95	237	299	380
	Denominador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da UBS	95	237	299	380



		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
2.2	<b>Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo</b>	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Numerador: Número de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo	29	85	105	106
	Denominador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da UBS	29	85	105	106



		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
2.3	<b>Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo</b>	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Numerador: Número de hipertensos com exames complementares periódicos em dia	95	237	299	380
	Denominador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da UBS	95	237	299	380



		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
2.4	<b>Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo</b>	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Numerador: Número de diabéticos com exames complementares periódicos em dia	29	85	105	106
	Denominador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da UBS	29	85	105	106





**FICHA ESPELHO**  
PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

Departamento de  
Medicina Social



UFPEL

[illegible][illegible]